

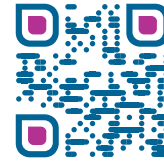
## INSTRUCCIONES PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

- 1 Complete todos los campos obligatorios con un asterisco (\*)
- 2 Haga que su paciente complete y firme la sección Información para el paciente (página 1) y que lea y firme la Autorización del paciente (página 3)
- 3 Firme la sección Certificación del médico que emite la receta (página 2)
- 4 Envíe por fax este formulario cumplimentado (páginas 1, 2 y 3) y copias del anverso y reverso de la tarjeta del seguro del paciente a la farmacia especializada de la red que haya seleccionado (encontrará información detallada sobre las farmacias especializadas en la Guía de farmacias especializadas de la red de Adbry<sup>®</sup>).

### Seleccione una de las dos opciones a continuación\*:

**Opción 1:** MARQUE AQUÍ si **no** ha enviado una receta de Adbry<sup>®</sup> a una farmacia especializada y seleccione una de las farmacias especializadas de la red de LEO Pharma a continuación:

- |                                    |                                     |                                |  |
|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--|
| <input type="radio"/> AcariaHealth | <input type="radio"/> CVS           | <input type="radio"/> Lumicera | <input type="radio"/> Publix                                       |
| <input type="radio"/> Accredo      | <input type="radio"/> Fairview      | <input type="radio"/> Meijer   | <input type="radio"/> Senderra                                     |
| <input type="radio"/> BioPlus      | <input type="radio"/> Gentry        | <input type="radio"/> Optum    | <input type="radio"/> Walgreens                                    |
| <input type="radio"/> Blue Sky     | <input type="radio"/> Intermountain | <input type="radio"/> Parkway  | <input type="radio"/> Windsor                                      |
| <input type="radio"/> CenterWell   | <input type="radio"/> Kroger        | <input type="radio"/> Prime    | <input type="radio"/> Otra farmacia especializada de la red: _____ |



Consulte la Guía de farmacias especializadas de la red de Adbry<sup>®</sup> para obtener la lista más reciente de farmacias especializadas de la red.

**Opción 2:** MARQUE AQUÍ si ya ha enviado o tiene la intención de enviar una receta de Adbry<sup>®</sup> a una farmacia especializada de la red y proporcione su información a continuación:

Nombre de la farmacia especializada \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

## 01 INFORMACIÓN DEL PACIENTE (para ser completada por el paciente)

**Nombre del paciente\*** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento\*** (DD/MM/AAAA) \_\_\_\_\_ **Sexo\***  Masculino  Femenino

**Dirección\*** \_\_\_\_\_ **Ciudad\*** \_\_\_\_\_ **Estado\*** \_\_\_\_\_ **Código postal\*** \_\_\_\_\_

**Teléfono\*** \_\_\_\_\_  Celular  Hogar Teléfono alternativo \_\_\_\_\_ ¿Otorga permiso para dejar mensaje de voz?  Sí  No

Preferencia de comunicación  Llamada  Correo electrónico  Mensaje de texto Mejor horario para llamar  Mañana  Tarde  Noche

Idioma preferido  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Acepto recibir llamadas y mensajes de texto relacionados con el Programa acerca de los programas de ahorro y apoyo, la administración de los programas en los que estoy inscrito, mis medicamentos recetados por LEO Pharma y consejos sobre tratamientos, salud y estilo de vida, así como información sobre productos y programas.

PARA el Programa de asistencia al paciente (PAP) únicamente: Estoy de acuerdo en que esta es una autorización por escrito para LEO Pharma y sus proveedores, en virtud de la Ley de Informe Justo de Crédito (Fair Credit Reporting Act, FCRA), para obtener información de mi perfil de crédito u otra información del proveedor, únicamente con el fin de determinar las calificaciones financieras para los PAP administrados por LEO Pharma. Entiendo que debo estar de acuerdo con estos términos para proceder con el proceso de selección financiera que es una condición para la participación en el PAP.

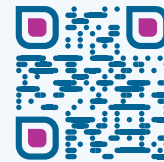
**Al inscribirme en el Programa Adbry<sup>®</sup> Advocate<sup>™</sup>, acepto los Términos y condiciones del programa que se encuentran en [adbry.com/support](http://adbry.com/support), llamando al 844-MY-ADBRY o escaneando el código QR.**

**FIRMAR AQUÍ**

**Firma del paciente\*** \_\_\_\_\_ **Fecha\*** \_\_\_\_\_

Si está firmado por un representante legal o tutor, indique a continuación la autoridad para actuar en nombre del paciente:

- Tutor designado por el tribunal  Poder legal, incluida la autoridad para tomar decisiones médicas  
 Otro (explicar) \_\_\_\_\_



Escanee para ver los términos, condiciones y criterios de elegibilidad completos.

Los términos en mayúsculas no definidos de otro modo en este Formulario de inscripción tienen el significado definido en los Términos y Condiciones del Programa.

## 02 INFORMACIÓN DEL SEGURO

Se adjuntan copias de la(s) tarjeta(s) del seguro del paciente  Sin seguro

**Seguro de farmacia primaria\*** \_\_\_\_\_

**Nombre del titular de la póliza\*** \_\_\_\_\_ **N.º BIN de receta\*** \_\_\_\_\_

**N.º PCN de receta\*** \_\_\_\_\_ **N.º de grupo\*** \_\_\_\_\_

**ID de miembro de receta\*** \_\_\_\_\_ **Número de teléfono\*** \_\_\_\_\_

**Seguro médico primario\*** \_\_\_\_\_

**Nombre del titular de la póliza\*** \_\_\_\_\_

**N.º de grupo\*** \_\_\_\_\_ **N.º de identificación médica\*** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono\*** \_\_\_\_\_

Marque aquí si se ha enviado una autorización previa

## 03 INFORMACIÓN CLÍNICA

**Diagnóstico del paciente\***  Dermatitis atópica, sin especificar (L20.9)  Otro código ICD-10 \_\_\_\_\_ Fecha del diagnóstico \_\_\_\_\_

Es responsabilidad de cada médico que emite la receta ejercer un juicio clínico independiente a la hora de seleccionar los códigos para presentar reclamaciones que reflejen con exactitud el diagnóstico de cada paciente.

Terapias previas \_\_\_\_\_

Terapias actuales \_\_\_\_\_ Alergias a medicamentos \_\_\_\_\_  Sin alergias conocidas

Marque aquí si el paciente ha iniciado el tratamiento con Adbry con muestras Fecha de entrega de las muestras al paciente \_\_\_\_\_

Nombre del paciente  
(nombre, iniciales del segundo nombre, apellido)\* \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento\* \_\_\_\_\_

## 04 INFORMACIÓN DEL MÉDICO QUE EMITE LA RECETA

Nombre del médico que emite la receta\* (nombre, apellido) \_\_\_\_\_ N.º de NPI\* \_\_\_\_\_ N.º de licencia estatal \_\_\_\_\_

Nombre del consultorio \_\_\_\_\_ Teléfono del consultorio\* \_\_\_\_\_ Fax del consultorio\* \_\_\_\_\_

Dirección\* \_\_\_\_\_ Ciudad\* \_\_\_\_\_ Estado\* \_\_\_\_\_ Código postal\* \_\_\_\_\_

Nombre del contacto del consultorio \_\_\_\_\_ Correo electrónico de contacto de la oficina \_\_\_\_\_

## 05 PROGRAMA ADBRY<sup>®</sup> ADVOCATE<sup>™</sup>



TELÉFONO: 844-MY-ADBRY (844-692-3279)  
FAX: 1-855-423-0011

¿Qué servicio(s) de soporte necesita su paciente? Marque todas las opciones que correspondan

- Programa de apoyo con copagos   
  Programa Adbry<sup>®</sup> Rapid Access<sup>™</sup> †   
  Programa Adbry<sup>®</sup> Bridge Care<sup>™</sup>\*\*   
  Suministros auxiliares   
  Capacitación sobre inyecciones virtuales

†El Programa Adbry<sup>®</sup> Rapid Access<sup>™</sup> proporciona a los pacientes elegibles con seguro comercial una dosis inicial gratuita para que la reciban en tan solo 48 horas. Consulte los Términos y condiciones completos que se encuentran en <https://www.adbry.com/terms-conditions>.

\*\*El Programa Adbry<sup>®</sup> Bridge Care<sup>™</sup> proporciona fármacos gratuitos a los pacientes elegibles con seguro comercial que están experimentando un retraso (>7 días hábiles después de la presentación de la autorización previa) o la denegación de la cobertura. Consulte los Términos y condiciones completos que se encuentran en <https://www.adbry.com/terms-conditions>.

## 06 SECCIÓN DE RECETAS

Especialidad dentro de la red Recetas de farmacia	Nombre del fármaco	Concentración del fármaco	Instrucciones	Cantidad	Renovación
<input type="radio"/> Dosis inicial en adultos	ADBRY 150 mg/ml	600 mg	Inyectar 4 inyecciones subcutáneas (150 mg/ml) el día 1	4 jeringas precargadas	0
<input type="radio"/> Dosis de mantenimiento para adultos	ADBRY 150 mg/ml	300 mg	Inyectar 2 inyecciones subcutáneas (150 mg/ml) cada 2 semanas, a partir del día 15	4 jeringas precargadas	_____
<input type="radio"/> Dosis inicial pediátrica (12-17 años)	ADBRY 150 mg/ml	300 mg	Inyectar 2 inyecciones subcutáneas (150 mg/ml) el día 1	2 jeringas precargadas	0
<input type="radio"/> Dosis de mantenimiento pediátrica (12-17 años)	ADBRY 150 mg/ml	150 mg	Inyectar 1 inyección subcutánea (150 mg/ml) cada 2 semanas, a partir del día 15	2 jeringas precargadas	_____
Recetas del programa Adbry <sup>®</sup> Rapid Access <sup>™</sup>	Nombre del fármaco	Concentración del fármaco	Instrucciones	Cantidad	Renovación
<input type="radio"/> Dosis inicial en adultos	ADBRY 150 mg/ml	600 mg	Inyectar 4 inyecciones subcutáneas (150 mg/ml) el día 1	4 jeringas precargadas	0
<input type="radio"/> Dosis inicial pediátrica (12-17 años)	ADBRY 150 mg/ml	300 mg	Inyectar 2 inyecciones subcutáneas (150 mg/ml) el día 1	2 jeringas precargadas	0
Recetas del programa Adbry <sup>®</sup> Bridge Care <sup>™</sup>	Nombre del fármaco	Concentración del fármaco	Instrucciones	Cantidad	Renovación
<input type="radio"/> Dosis de mantenimiento para adultos	ADBRY 150 mg/ml	300 mg	Inyectar 2 inyecciones subcutáneas (150 mg/ml) cada 2 semanas, a partir del día 15	4 jeringas precargadas	_____
<input type="radio"/> Dosis de mantenimiento pediátrica (12-17 años)	ADBRY 150 mg/ml	150 mg	Inyectar 1 inyección subcutánea (150 mg/ml) cada 2 semanas, a partir del día 15	2 jeringas precargadas	_____

## 07 CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO QUE EMITE LA RECETA

ATENCIÓN MÉDICOS QUE EMITEN RECETAS: Sigán las pautas de prescripción de su estado para la receta electrónica (si corresponde)

Al colocar mi firma y la fecha a continuación, certifico que esta terapia es médicamente necesaria y que esta información es completa y exacta a mi leal saber y entender. Certifico que soy el médico que ha recetado Adbry al paciente identificado arriba para una indicación aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). A los efectos de transmitir esta receta, autorizo a LEO Pharma Inc., sus afiliados, socios comerciales, agentes y proveedores de servicios, incluidos los proveedores de servicios del programa de apoyo al paciente (colectivamente, "LEO Pharma") a reenviarme esta receta para estos fines limitados electrónicamente, por fax o por correo a las farmacias dispensadoras correspondientes. Autorizo a mi paciente con seguro comercial uno o más meses de envíos temporales de Adbry durante un retraso en la determinación de beneficios o durante el proceso de apelación tras un retraso en la cobertura inicial de Adbry para el paciente identificado anteriormente. Acepto ayudar en los esfuerzos para asegurar el acceso a Adbry para mi paciente con seguro comercial. No intentaré solicitar el reembolso de ningún producto gratuito proporcionado en virtud del Programa Adbry<sup>®</sup> Advocate<sup>™</sup> y no se puede devolver ningún medicamento para obtener el crédito. Certifico que cualquier medicamento recibido se utilizará solo para el paciente nombrado en este formulario y que no se ofrecerá para la venta, comercio o intercambio. Reconozco que este Programa tiene fines exclusivos de atención al paciente y que no tiene remuneración de ningún tipo. Entiendo además que cualquier producto gratuito proporcionado no está supeditado a ninguna obligación de compra. Entiendo que LEO Pharma puede revisar, cambiar o finalizar el Programa en cualquier momento sin previo aviso. Certifico que he obtenido todas y cada una de las autorizaciones y consentimientos del paciente o del representante personal autorizado del paciente necesarios según la ley HIPAA y la ley estatal para divulgar información de salud protegida, incluida la contenida en este formulario, a LEO Pharma y sus afiliados, socios comerciales y agentes para fines relacionados con los programas de apoyo al paciente de LEO Pharma, incluidos, ayudar al paciente con la verificación de beneficios, autorización previa/asistencia de apelaciones, recursos de asistencia financiera e información, como apoyo de copago o programas de medicamentos gratuitos, para los cuales el paciente puede ser elegible, y otro apoyo para Adbry.



\_\_\_\_\_  
Firma del médico que emite la receta (sin sellos)\* – ENTREGAR TAL COMO ESTÁ ESCRITO

\_\_\_\_\_  
Fecha\* (DD/MM/AAAA)

\_\_\_\_\_  
Firma del médico que emite la receta (sin sellos) – PUEDE SUSTITUIR

\_\_\_\_\_  
Fecha (DD/MM/AAAA)

Lea atentamente lo siguiente, luego firme y feche donde se indica a continuación.

Por la presente autorizo a mis proveedores de atención médica, farmacias y aseguradoras médicas, y sus proveedores de servicios ("Proveedores") para usar, publicar o divulgar información relacionada con mis beneficios de seguro, afección médica, tratamiento, y los detalles de la receta ("Información personal") a LEO Pharma Inc., sus filiales, socios comerciales, agentes y proveedores de servicios, incluidos proveedores de servicios de programas de apoyo al paciente (colectivamente, "LEO Pharma") para recibir o ser elegible para recibir los siguientes servicios de LEO Pharma (los "Servicios"):

- Asistencia para coordinar la cobertura del seguro, el acceso o la recepción de mis medicamentos recetados de LEO Pharma o para capacitar sobre el uso adecuado y seguro de los medicamentos recetados de LEO Pharma
- Comunicaciones por teléfono, mensaje de texto o correo electrónico sobre posibles servicios de acceso, ahorro y apoyo, incluidos, por ejemplo, programas de apoyo al paciente de LEO Pharma y, si estoy inscrito, asistencia para administrar mi participación en esos programas
- Comunicaciones por teléfono, mensaje de texto o correo electrónico sobre mi medicación con receta de LEO Pharma y el tratamiento, incluidos, por ejemplo, recordatorios, consejos sobre salud y estilo de vida, información relacionada con el producto y el programa. Las comunicaciones pueden personalizarse en función de la Información personal obtenida de mis Proveedores
- Participación en actividades de garantía de calidad como encuestas y comentarios relacionados con los Servicios o mi tratamiento

Al brindar los Servicios, LEO Pharma puede publicar o divulgar mi Información personal (incluida la información de salud personal allí establecida) a mis Proveedores y ciertos programas de asistencia financiera que pueden ayudar con mis pagos de medicamentos recetados. Entiendo y acepto que LEO Pharma y los Proveedores pueden combinar mis registros e información con información y datos recopilados de otras fuentes y utilizar esa información agregada para administrar los Servicios enumerados anteriormente. Entiendo y reconozco que es posible que se requiera que LEO Pharma comparta mis registros e información con las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley u otros funcionarios gubernamentales, o cuando lo exija una ley, estatuto, reglamento o una orden judicial o administrativa. Entiendo y reconozco que mis Proveedores pueden recibir pagos de LEO Pharma por proporcionar ciertos aspectos de los Servicios, como recordatorios de medicamentos o recambios, en función de mi inscripción o participación.

Entiendo y acepto que mi historia clínica puede contener información sobre trastornos psiquiátricos, resultados de las pruebas del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), afecciones relacionadas con el SIDA, dependencia del alcohol, dependencia o abuso de drogas y/o trastorno por consumo de sustancias. Una vez que autorizo la divulgación de mis registros e información, entiendo y reconozco que puede ser divulgada de nuevo por el destinatario y que puede que ya no esté protegida por las leyes o normativas federales o estatales sobre privacidad de la salud u otras leyes o normativas aplicables sobre protección de datos.

Entiendo que esta Autorización es voluntaria y que no es necesario que la firme para obtener tratamiento o pago, elegibilidad o beneficios de inscripción de mis aseguradoras.

Entiendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento llamando al 1-844-692-3279 o enviando un correo electrónico a [info@Adbry-advocate.com](mailto:info@Adbry-advocate.com) o escribiendo a:

**Programa Adbry<sup>®</sup> Advocate<sup>™</sup>**

Apartado de correos 1587  
Jeffersonville, IN 47131



**Servicios de apoyo de LEO Pharma**

7 Giralda Farms  
Madison, NJ 07940

Esta autorización caducará 5 años después de mi firma, o antes si así lo exige la ley, a menos que la revoque antes. Si la autorización caduca o se revoca, entiendo y reconozco que puede que ya no cumpla los requisitos para los Servicios de LEO Pharma, pero no afectará al tratamiento de mis Proveedores ni a mis beneficios de seguro. También entiendo y reconozco que si un Proveedor divulga mis registros e información médica personal a LEO Pharma de forma permanente y autorizada, mi revocación de esta Autorización será efectiva con respecto a ese Proveedor tan pronto como este reciba aviso de mi revocación y dicha revocación no afectará a los usos anteriores o a la divulgación de mis registros e información médica personal. Entiendo que podré conservar una copia de esta Autorización y que podré, en cualquier momento, solicitar una copia de esta Autorización. LEO Pharma puede anonimizar y agregar mi información. Puedo obtener más información sobre los derechos de privacidad en la política de privacidad de LEO Pharma Inc., que se encuentra en <https://www.leo-pharma.us/Home/Privacy.aspx>. Entiendo que mi información será utilizada por LEO Pharma de acuerdo con la política de privacidad de LEO Pharma Inc., ubicada en <https://www.leo-pharma.us/Home/Privacy.aspx>.

He leído y acepto esta Autorización del paciente.

Nombre del paciente (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente  
(DD/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

Nombre del representante legal (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE o  REPRESENTANTE LEGAL

Fecha de hoy \_\_\_\_\_

FIRMAR  
AQUÍ